

生活保護受給者に対する先発医薬品の調剤状況等(平成 年 月調剤分)

恵庭市保健福祉部

指定薬局の住所・名称・担当者職氏名

| No. | 調剤日 | 受給者氏名 | 公費負担者番号 | 受給者番号 | 本人の希望以外の事情 | | | | | 左記の事情により後発医薬品に替えて調剤した先発医薬品名 | 本件以外も含めた恵庭市保健福祉部に対する連絡事項(自由記載) |
|-----|-----|-------|---------|-------|---------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| | | | | | 1 アンケートを拒否 | 2 後発医薬品の在庫がなかったため | 3 薬剤師が専門的な知見に基づき適当であると判断したため | 4 過去に当該後発医薬品を使用し不都合が生じたことがあったため | 5 その他の事情(自由記載) | | |
| 1 | | | 1 2 | | | | | | | | |
| 2 | | | 1 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | 1 2 | | | | | | | | |
| 4 | | | 1 2 | | | | | | | | |
| 5 | | | 1 2 | | | | | | | | |
| 6 | | | 1 2 | | | | | | | | |
| 7 | | | 1 2 | | | | | | | | |
| 8 | | | 1 2 | | | | | | | | |
| 9 | | | 1 2 | | | | | | | | |
| 10 | | | 1 2 | | | | | | | | |

※4月、7月、10月、1月の末日までに、前月までの3ヶ月分をまとめて報告。